

山武市高齢者補聴器購入助成申請書兼請求書

令和 年 月 日

(宛先) 山武市長

住 所

申請者 氏 名

印

電話番号

高齢者補聴器購入費の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

助成対象者	住 所			
	氏 名			
	生年月日	大正・昭和	年 月 日	( 歳)
補聴器の購入に要した費用の額		円	助成申請額	円
振 込 先	金融機関名	銀行・農協 信用金庫		本店・支店 支所
	口座種別	普通・当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人			
私は、山武市がこの助成の要件を確認するために、住民基本台帳を調査すること及び 身体障害者手帳の交付の有無を確認することに同意します。				
助成対象者氏名				

《事務処理欄》※以下は記載しないでください。

- 65歳以上の山武市民の方である。
- 聴覚障害による障害者手帳を所持していないまたは申請中ではない。
- 2回目の申請でない。
- 添付書類 1 医師の証明書 2 領収書等